**黄冈市中心医院进修申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 文化程度 |  | 身份证号 |  |
| 职 称 |  | 进修科目 |  | 进修时限 |  |
| 工作单位 |  | 单位地址 |  |
| 单位电话 |  | 个人手机 |  |
| 主要学历 | 起 止 年 月 | 学 校 名 称 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 主要经历 | 起 止 年 月 | 工 作 单 位 及 科 室 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 选 送单 位意 见 |  （签 章） | 个人承诺以上信息真实准确。签 名：日 期： |
| 接 收单 位意 见 | （签 章） |

说明：请认真如实填写此表，加盖单位有效公章及签字，同时将最高学历证书、执业资格证书、执业证书、个人身份证四个复印件及当年体检报告一份（需加盖单位公章）一起带到黄冈市中心医院科教科进行资格审查、办理进修手续。

**黄冈市中心医院进修人员鉴定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 单位 |  | 职称 |  | 进修科室 |  |
| 出 勤 情 况 |
| 全勤 |   | 病假 |  | 事假 |  | 进修时间 |  |
| 自我鉴定： |
| 科室鉴定及考核： 签名： 年 月 日 |
| 主管部门意见:单位公章 年 月 日  |

说明：此表为进修结束时进修生自行打印填写，一式一份。进修时间必须填写具体，\*年\*月\*日——\*年\*月\*日。